



Bitte unbedingt beachten:

- Antrag sorgfältig durchlesen und ausfüllen
- ggf. schulische und ärztliche (s. Anlage) Beurteilung oder Hilfepläne beifügen.
- Antrag **unterschreiben**.
- **nur vollständige Anträge** können Berücksichtigung finden!
- Antrag bis zum **31.03.2016** an die ABB e.V. - Geschäftsstelle zurücksenden.

I. Allgemeine Angaben	
Name und Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum des Kindes:	Alter des Kindes:
Von Ihnen gewünschter Durchgang:	<input type="checkbox"/> vom 31.07.2016 bis zum 13.08.2016 <input type="checkbox"/> vom 14.08.2016 bis zum 27.08.2016 <input type="checkbox"/> beide Durchgänge wären möglich
Frühere Teilnahme an den Freizeiten des ABB e.V.:	<input type="checkbox"/> Erstteilnehmer/in <input type="checkbox"/> letztmalig im Jahr _____
Anmeldender: (Korrespondenz- und Rechnungsanschrift) Name Adresszusatz Straße PLZ / Ort / Bundesland Telefon / E-Mail	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Einrichtung (Internat, Betreutes Wohnen ...) <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ _____ _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____
Mein Kind lebt überwiegend: Name Adresszusatz Straße PLZ / Ort / Bundesland Telefon / E-Mail	<input type="checkbox"/> im Haushalt der Eltern <input type="checkbox"/> bei Pflegeeltern <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung (Internat, Betreutes Wohnen ...) <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ _____ _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____
Für mein Kind ist ein gesetzlicher Vormund/Betreuer bestellt:	<input type="checkbox"/> ja - bitte unbedingt Kontaktdaten auf gesondertem Blatt mitteilen! <input type="checkbox"/> nein
Notfallkontakt während der Teilnahme an den Freizeiten: Name Straße PLZ/Ort Telefon / E-Mail	<input type="checkbox"/> wie Anmeldender/in <input type="checkbox"/> anderes/zusätzlich: _____ _____ _____ / _____
Mein Kind wurde gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) geimpft:	<input type="checkbox"/> ja, und zwar im Jahr: _____ <input type="checkbox"/> nein

Fortsetzung I. Allgemeine Angaben	
Mitgliedschaft im ABB e.V.?	<input type="checkbox"/> ABB e.V. - Einzelmitglied <input type="checkbox"/> Mitgliedsverein des ABB e.V.: _____ (Stempel)
Mein Kind ist in folgender Krankenkasse (mit)versichert:	
Ich erteile meinem Kind die Badeerlaubnis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind ist Schwimmer:	<input type="checkbox"/> ja, eigenständig und sicher <input type="checkbox"/> ja, aber nur in Begleitung <input type="checkbox"/> nein

II. Angaben zu Betreuungserfordernissen für Kinder mit und ohne Behinderung (ggf. für Kinder ohne Behinderung, z. B. Medikamenteneinnahme, Allergien und andere Beeinträchtigungen)	
Bei Verhaltensauffälligkeiten und geistiger Behinderung: Mein Kind ist verhaltensauffällig? Wenn ja, inwiefern (z.B. Aggression, Hyperaktivität o.ä.)? Welche Hilfen sind bei bestimmten Verhaltenssituationen des Kindes erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja - Bitte aktuelle Beurteilung der Schule, der Werkstatt o. Hilfepläne der Einrichtung sowie Hinweise zur Betreuung dem Antrag beifügen! <input type="checkbox"/> nein _____ _____ _____
Anerkannter Grad der Behinderung:	_____ %
Anerkannte Merkzeichen:	
Anerkannte Pflegestufe:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Art der Behinderung bzw. chronischen Erkrankung (genaue Angaben):	_____ _____ _____
Mein Kind benötigt Medikamente: Wenn ja, welche? Angaben zur Dosierung (aktuellen Medikamentenplan bitte auf einem gesonderten Blatt beifügen): Gibt es ein Notfallmedikament? Wenn ja, welches?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind wiegt:	_____ kg
Einschränkung der Mobilität:	<input type="checkbox"/> gehbehindert, aber gehfähig (mit Stützen) <input type="checkbox"/> gehbehindert, aber auf zusätzliche Hilfe angewiesen <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer, bedingt gehfähig <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer, gehunfähig

Fortsetzung II. Angaben zu Betreuungserfordernissen für Kinder mit und ohne Behinderung	
Mein Kind ist Allergiker/in: Wenn ja, worauf? Wenn ja, in welchen Abständen? Hinweise für Betreuer:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Mein Kind ist Diabetiker:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind leidet unter epileptischen Anfällen:	<input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann war der letzte Anfall? _____ <input type="checkbox"/> nein
Folgende betreuerischen Hilfen sind erforderlich:	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> bei der Körperpflege (z. B. Waschen) <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette (z.B. auch Monatshygiene bei Mädchen) <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett
Welche zusätzlichen Hilfen sind erforderlich?	_____ _____
Bei Gerinnungsstörung: Dauersubstitution/Prophylaxe: (Menge/Intervall) Wie viele behandlungsbedürftige Blutungen sind in den vergangenen 12 Monaten aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Hämophilie A <input type="checkbox"/> Hämophilie B <input type="checkbox"/> Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom <input type="checkbox"/> andere (genaue Bezeichnung angeben): _____ _____ _____ _____ schwach _____ mittelschwer _____ schwer

Bemerkungen/Hinweise/Wünsche: _____ _____
--

III. Verbindliche Anmeldung	
Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir vorstehend gemachten Angaben und erkläre, dass mein Kind gemeinschaftsfähig ist und keiner Einzelbetreuung rund um die Uhr bedarf. Hiermit melde ich das unter I. genannte Kind zur Teilnahme an den Erlebnisfreizeiten des ABB e.V. an. Die umseitig abgedruckten Allgemeinen Geschäftsbedingungen erkenne ich an.	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. des voll geschäftsfähigen Teilnehmers

Allgemeine Geschäftsbedingungen

I. Abschluss des Vertrages

1. Der Vertrag zwischen dem ABB e.V. und dem Vertragspartner kommt mit dem Zugang der Teilnahmebestätigung zustande.
2. Vertragspartner ist bei nicht oder nicht voll geschäftsfähigen Teilnehmern der gesetzliche Vertreter des Teilnehmers, anderenfalls der Teilnehmer selbst.

II. Rücktritt vom Vertrag

1. Der ABB e.V. behält sich den jederzeitigen Rücktritt vom Vertrag in folgenden Fällen vor:
 - a) soweit Elternanteile/Teilnehmerbeiträge sowie Entgelte für behinderungsbedingte betreuerische Mehraufwendungen nicht innerhalb der in der Teilnahmebestätigung genannten Zahlungsfristen entrichtet wurden,
 - b) soweit wesentliche öffentliche Fördermittel zur Durchführung der Erlebnisfreizeiten nicht bewilligt oder nach erfolgter Bewilligung nicht geleistet werden,
 - c) soweit die zur Durchführung der Erlebnisfreizeiten angemieteten Objekte und Räumlichkeiten tatsächlich dem ABB e.V. nicht mehr zur Verfügung stehen und angemessene Ersatzobjekte zu vergleichbaren Konditionen nicht beschafft werden können,
 - d) soweit die medizinische/pflegerische Betreuung der Teilnehmer/innen wegen vom ABB e.V. nicht zu vertretender Umstände nicht oder nicht in notwendigem Umfang gewährleistet werden kann,
 - e) soweit die der Teilnahmebestätigung zugrunde liegenden Angaben im Fragebogen nach Einschätzung des Betreuerteams unrichtig sind und ein tatsächlich höherer Betreuungsbedarf nicht mit den zur Verfügung stehenden Mitteln gedeckt werden kann.
2. In den Fällen der Nr. 1 Buchstabe b), c), d) werden von den Teilnehmern bereits gezahlte Entgelte zurückerstattet. In den Fällen der Nr. 1 Buchstabe e) erfolgt keine Rückerstattung.
3. Der Vertragspartner kann bis zum 40. Tag vor Beginn der Freizeiten ohne Angabe von Gründen kostenfrei jederzeit vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Vertragspartner nach dem 40. Tag vor Beginn der Freizeiten vom Vertrag zurück, wird eine einmalige Aufwandspauschale von 60,00 € fällig, soweit der Vertragspartner nicht den Nachweis erbringt, dass tatsächlich wegen des Rücktritts ein geringerer Aufwand entstanden ist.
Ein Rücktritt nach Beginn der Freizeiten ist seitens des Vertragspartners ausgeschlossen.

III. Haftung

Der ABB e.V. haftet für Schäden, die auf eigenen grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Vertragsverletzungen bzw. auf vorsätzliche Vertragsverletzungen oder grob fahrlässige Vertragsverletzungen eines gesetzlichen Vertreters oder Erfüllungsgehilfen beruhen. Eine weitergehende Haftung ist ausgeschlossen.

IV. An- und Abreise, Abholen

1. An- und Abreise der Teilnehmer/innen erfolgt auf eigene Kosten und in eigener Verantwortung des Vertragspartners.
2. Macht der ABB e.V. während der Erlebnisfreizeiten von seinem vertraglichen Rücktrittsrecht Gebrauch, so sind die Teilnehmer/innen von ihren gesetzlichen Vertretern oder im Fragebogen benannten anderen Personen unverzüglich abzuholen.
3. Kommen die gesetzlichen Vertreter oder im Fragebogen benannten Personen einer Aufforderung zur Abholung nicht unverzüglich nach, so kann der ABB e.V. den Teilnehmer/innen auf Kosten des Vertragspartners zum gesetzlichen Vertreter oder den im Fragebogen benannten Personen befördern.

V. Versicherungen

Für die Teilnehmer/innen besteht während des Aufenthaltes in den Freizeiten kein durch den ABB e.V. veranlasster Versicherungsschutz gegen Unfälle. Dem ABB e.V. ist es aus rechtlichen Gründen nicht möglich, eine alle Teilnehmer/innen umfassende Unfallversicherung abzuschließen. Den Vertragspartnern wird angeraten, für den/die Teilnehmer/in eine eigene private Vorsorge gegen Unfälle zu treffen.

VI. Fotos und bildliche Darstellungen

Der ABB e.V. fertigt während der Erlebnisfreizeiten Fotos und Videoaufnahmen. Die Teilnehmer/innen bzw. deren gesetzliche Vertreter/innen stimmen der Anfertigung solcher Aufnahmen und der bildlichen Darstellung der eigenen Person zu und erklären sich damit einverstanden, dass die so entstandenen Aufnahmen durch den ABB e.V. für die eigene Öffentlichkeitsarbeit kostenfrei verwendet werden. Eine Weitergabe der Aufnahmen an Dritte und jegliche kommerzielle Verwertung ist von diesem Einverständnis nicht erfasst.

VII. Fundsachen

Der ABB e.V. haftet nicht für während der Erlebnisfreizeiten abhanden gekommene Gegenstände der Teilnehmer/innen.